

ЖАЛОБА О НАРУШЕНИИ ГРАЖДАНСКИХ ПРАВ

TO: DEPARTMENT OF PUBLIC SOCIAL SERVICES
CIVIL RIGHTS SECTION
12860 CROSSROADS PARKWAY SOUTH
CITY OF INDUSTRY, CALIFORNIA 91746

ИМЯ ДЕЛА:

НОМЕР ДЕЛА:

Я, _____,
(Напишите, пожалуйста, ваше имя печатными буквами)

Настоящим подаю жалобу на дискриминационное обращение и прошу провести расследование.

Я считаю, что подвергся(лась) дискриминации из-за моего:

<input type="checkbox"/> НАЦИОНАЛЬНОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ (включая язык)	<input type="checkbox"/> ВОЗРАСТ	<input type="checkbox"/> ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ
<input type="checkbox"/> ЦВЕТ КОЖИ	<input type="checkbox"/> ПОЛ	<input type="checkbox"/> РЕЛИГИЯ
<input type="checkbox"/> РАСОВАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ	<input type="checkbox"/> ГЕНДЕР	<input type="checkbox"/> ПОЛИТИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ
<input type="checkbox"/> СОЦИАЛЬНОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ	<input type="checkbox"/> ГЕНДЕРНАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ ИЛИ САМОВЫРАЖЕНИЕ	<input type="checkbox"/> ГРАЖДАНСТВО
<input type="checkbox"/> ИДЕНТИФИКАЦИЯ ЭТНИЧЕСКОЙ ГРУППЫ	<input type="checkbox"/> СЕКСУАЛЬНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ	<input type="checkbox"/> ИММИГРАЦИОННЫЙ СТАТУС
<input type="checkbox"/> НАЛИЧИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ ИЛИ УМСТВЕННОЙ ИНВАЛИДНОСТИ	<input type="checkbox"/> СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ	<input type="checkbox"/> ЛЮБАЯ ДРУГАЯ ПОДХОДЯЩАЯ ПРИЧИНА: _____
	<input type="checkbox"/> ДОМАШНЕЕ ПАРТНЕРСТВО	
	<input type="checkbox"/> СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ	

ДАТА, КОГДА СОБЫТИЕ ИМЕЛО МЕСТО: _____

ИМЯ И ДОЛЖНОСТЬ ЛИЦА(ЛИЦ) КОТОРЫЕ, КАК Я СЧИТАЮ, ПОДВЕРГЛИ МЕНЯ ДИСКРИМИНАЦИИ:

ДЕЙСТВИЕ, РЕШЕНИЕ ИЛИ ОБСТОЯТЕЛЬСТВО, ПОБУДИВШЕЕ МЕНЯ ПОДАТЬ ЭТУ ЖАЛОБУ, ЗАКЛЮЧАЮТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ:

Я ПРЕДЛАГАЮ ПРИНЯТЬ СЛЕДУЮЩИЕ МЕРЫ ДЛЯ ИСПРАВЛЕНИЯ СИТУАЦИИ:

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ СОГЛАСИЯ — Поставив инициалы в этом варианте, я разрешаю Управлению социального обеспечения населения, Секции по гражданским правам (CRS) предоставить мои личные данные и другую информацию личного характера, имеющие отношение к рассмотрению жалобы, в распоряжение сотрудников федеральной службы и службы штата Калифорния в пределах, необходимых для рассмотрения жалобы, в соответствии с федеральными законами и нормативами, а также законодательством штата. Настоящим я даю право CRS получать материалы и информацию, включая, но не ограничиваясь, анкетами, делами, записями личного характера, а также историями болезней. Материалы и информация должны быть использованы для санкционированных действий, имеющих целью поддержку соблюдения гражданских прав. Я понимаю, что от меня не требуют в обязательном порядке разрешить данное разглашение, и я даю это согласие добровольно.

ОТКАЗ ОТ СОГЛАСИЯ — Я не даю согласия на разглашение моего имени или другой личной информации. Я понимаю, что мой отказ дать согласие на предоставление информации может повлечь за собой прекращение расследования

(ПОДПИСЬ) (ДАТА) АДРЕС: _____

РА – 607 (REVISED 1/2021) RUSSIAN ТЕЛЕФОН: _____